別記様式

県外における妊婦健康診査等受診費用助成申請書兼請求書

　　　年　　　月　　　日

　鯖　江　市　長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　〒

申請者　　住　所　　鯖江市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　乳児氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　（　　　　　　年　　月　　日生）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　　　－

　県外における妊婦健康診査等受診費用助成金交付要綱第６条、鯖江市新生児聴覚スクリーニング検査事業実施要綱第７条および鯖江市産婦健康診査助成事業実施要綱第９条により、必要書類を添えて、次のとおり健診費用の助成額を申請（請求）します。

　なお、この申請に基づく助成の決定にあたり確認等が必要な場合には、市が住民基本台帳を閲覧し、受診した医療機関等に問い合わせることに同意します。

金　　　　　　　　　　　　円也

請求明細一覧 ※健診に要した費用が対象であり、治療等医療保険適用分は対象には含まれません。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診日 | 医療機関名 | 費　用 | 健診種別 | 助成の額 |
| ．　. |  | 円 | 一般・血液・子宮・HTLV1・ｸﾗﾐｼﾞｱ | 円 |
| 聴覚・１・４・9-10・産婦 |
| ．　． |  | 円 | 一般・血液・子宮・HTLV1・ｸﾗﾐｼﾞｱ | 円 |
| 聴覚・１・４・9-10・産婦 |
| ．　． |  | 円 | 一般・血液・子宮・HTLV1・ｸﾗﾐｼﾞｱ | 円 |
| 聴覚・１・４・9-10・産婦 |
| ．　． |  | 円 | 一般・血液・子宮・HTLV1・ｸﾗﾐｼﾞｱ | 円 |
| 聴覚・１・４・9-10・産婦 |
| ．　． |  | 円 | 一般・血液・子宮・HTLV1・ｸﾗﾐｼﾞｱ | 円 |
| 聴覚・１・４・9-10・産婦 |
| ．　． |  | 円 | 一般・血液・子宮・HTLV1・ｸﾗﾐｼﾞｱ | 円 |
| 聴覚・１・４・9-10・産婦 |
| ．　． |  | 円 | 一般・血液・子宮・HTLV1・ｸﾗﾐｼﾞｱ | 円 |
| 聴覚・１・４・9-10・産婦 |
| 合　　計 | | 円 |  | 円 |

振込先　　　※振込先が申請者と異なる場合は委任状が必要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  口座名義人 |  | | |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |